·论著·

我国村医医疗服务能力现状与提升策略研究

李思清[1]，王萱萱[2*]，谢坤[3]，高淑红[4]，陈家应[3,4]，张朝阳[4*]

1.211116 江苏省南京市，南京医科大学继续教育学院
2.211116 江苏省南京市，南京医科大学医政学院
3.222000 江苏省连云港市，南京医科大学康达学院
4.100061 北京市，中国农村卫生协会
*通信作者：王萱萱，副教授；E-mail：annawang@njmu.edu.cn
张朝阳，教授/博士生导师；E-mail：zzyang001@sohu.com

【摘要】 **背景** 随着健康中国战略的全面推进，城乡居民健康差异逐渐缩小。但村医作为农村居民健康问题的第一接触点，其医疗服务能力与居民的医疗服务需求仍有差距。**目的** 调查我国东、中、西部村医医疗服务能力现状，分析其能力特点和主要不足，探讨村医医疗服务能力提升策略，为农村基层卫生人才能力建设提供参考。**方法** 2020年8月，课题组采用多阶段抽样和典型抽样相结合的方法，在东、中、西部五省份共抽取3 916名村医。通过在“问卷星”平台发放问卷，从常见病诊治、危急重症应急处置、规范用械、社区康复指导、医疗协同、医疗文书书写和中医药服务七个方面，对抽取的村医进行医疗服务能力现状线上问卷调查。**结果** 纳入分析的3 916名村医中，2 925名（74.7%）村医具备常见病、多发病诊治能力，其中中部地区村医能力具备率较高（81.2%），东部次之（79.6%），西部最低（59.1%）；2 098名（53.6%）村医具备危急重症应急处置能力，其中中部地区村医能力具备率较高（61.6%），东部次之（52.3%），西部最低（40.1%）；2 081名（53.1%）具备规范使用医疗器械能力，其中中部地区村医能力具备率较高（62.3%），东部次之（53.8%），西部最低（36.3%）；2 073名（52.9%）具备社区康复服务能力，其中中部地区村医能力具备率较高（59.7%），东部次之（53.6%），西部最低（40.3%）；3 120名（79.7%）具备医疗文书书写能力，其中中部地区村医能力具备比例较高（82.6%），东部次之（82.0%），西部最低（72.7%）；2 190名（55.9%）具备医疗服务协同能力，其中中部地区村医能力具备比例较高（61.0%），东部次之（57.9%），西部最低（45.3%）；2 443名（62.4%）具备中医药服务能力，其中西部地区村医能力具备率较高（64.8%），中部次之（62.7%），东部最低（58.7%）。**结论** 村医医疗服务技能具备较好，基本满足农村居民一般医疗服务需要；综合处置能力有待提升，不同地区能力差异显著。需加大村医能力培训力度，提高队伍整体素质，完善村级医疗服务硬件设施建设与信息化建设，推进基层首诊制度的有效开展。

【关键词】 乡村医生；医疗服务；服务能力；横断面研究

【中图分类号】 R 192.3 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0818

Research on the Current Status and Improvement Strategies of the Medical Service Capacities of Village Doctors in China

LI Siqing[1]，*WANG Xuanxuan*[2*]，*XIE Kun*[3]，*GAO shuhong*[4]，*CHEN Jiaying*[3,4]，*ZHANG chaoyang*[4*]

1.School of Continuing Education，Nanjing Medical University，Nanjing 211166，China
2.School of Health Policy & Management，Nanjing Medical University，Nanjing 211166，China
3.Kangda College of Nanjing Medical University，Lianyungang 222000，China
4.China Rural Health Association，Beijing 100061，China
**Corresponding author：WANG XuanXuan，Associate Professor；E-mail：annawang@njmu.edu.cn*
ZHANG ChaoYang，Professor/Doctoral supervisor；E-mail：zzyang001@sohu.com

基金项目：国家自然科学基金项目（71874087），中国－盖茨基金会农村基本卫生保健项目（OPP1176308）

引用本文：李思清，王萱萱，谢坤，等.我国村医医疗服务能力现状与提升策略研究［J］.中国全科医学，2025. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0818.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］

LI S Q，WANG X X，XIE K，et al. Research on the current status and improvement strategies of medical service capacity of village doctors in china［J］. Chinese General Practice，2025.［Epub ahead of print］

【Abstract】 **Background** With the nationwide implementation of the "Healthy China" strategy, the health disparities between urban and rural populations have narrowed. However, there is still a mismatch between the medical service capacities of village doctors and the medical service needs of rural residents. Village doctors are the first point of contact for rural residents' health concerns. **Objective** This study aims to evaluate the current medical service capacities of village doctors across the eastern, central, and western China, identify their strengths and weaknesses, and propose targeted strategies for improvement. The findings will provide references for building the capacities of primary health care professionals in rural areas. **Methods** In August 2020, the research group used the mixed methods of multi-stage stratified cluster sampling and typical sampling to select 3 916 village doctors from five provinces in the eastern, central, and western China. By distributing questionnaires on the "wjx.cn" platform, an online survey was conducted on the current status of the medical service capacities of village doctors from seven aspects: diagnosis and treatment of common and frequently occurring diseases, emergency response to critical conditions, standardized use of medical devices, community rehabilitation guidance, medical collaboration, medical document writing, and traditional Chinese medicine services. **Results** Among the 3 916 village doctors included in the analysis, 2 925 (74.7%) were able to diagnose and treat common and frequently occurring diseases. The competence rates of village doctors were highest in the central region (81.2%), followed by the eastern region (79.6%), and lowest in the western region (59.1%). 2 098 (53.6%) had the ability of emergency response to critical illnesses. The competence rates of village doctors were highest in the central region (61.6%), followed by the eastern region (52.3%), and lowest in the western region (40.1%). 2 081 (53.1%) could use medical devices in a standardized way. The competence rates of village doctors were highest in the central region (62.3%), followed by the eastern region (53.8%), and lowest in the western region (36.3%). 2 073 (52%) had the ability to provide community rehabilitation services. The competence rates of village doctors were highest in the central region (59.7%), followed by the eastern region (53.6%), and lowest in the western region (40.3%). 3 120 (79.7%) were capable of writing medical documents.The competence rates of village doctors were highest in the central region (82.6%), followed by the eastern region (82.0%), and lowest in the western region (72.7%). 2 190 (55.9%) possessed the ability of medical collaboration.The competence rates of village doctors were highest in the central region (61.0%), followed by the eastern region (57.9%), and lowest in the western region (45.3%). 2 443 (62.4%) were able to provide traditional Chinese medicine services. The competence rates of village doctors were highest in the western region (64.8%), followed by the central region (62.7%), and lowest in the eastern region (58.7%). **Conclusion**s Village doctors possess adequate medical service skills, essentially catering to the general medical service needs of rural residents. The overall medical service capacities should be improved, and there exist notable discrepancies in medical service capacities across various regions. It is recommended to strengthen the training of village doctors so as to enhance the overall quality of the primary health care professionals in rural areas, improve the construction of hardware facilities and information technology for village-level medical services, and promote the effective implementation of the first visit system at the primary health care level.

【Key words】 Rural doctors；Medical service；Service capacity；Cross-sectional studies

2019 年 12 月，全国人大常委会通过了《基本医疗卫生与健康促进法》[1]，明确强调基层医疗卫生机构和人才队伍建设的重要性。法案规定建立县乡村上下贯通的乡村医疗卫生人员职业发展机制，进一步推动医疗资源的合理配置，以确保城乡居民能够公平可及地获得基本医疗卫生服务，从而巩固基本医疗卫生“网底”[2]。村医作为我国卫生专业技术队伍的重要组成部分，是农村基本卫生服务的主要提供者，担负着维护广大农村居民健康的重任。村医作为农村居民健康问题“第一接触点”，其职责包括为村民提供基本医疗和基本公共卫生服务，在家庭签约服务中，既是家庭医生团队的重要成员，更是村民家庭重要的服务提供者和联系人。研究普遍认为，尽管家庭医生的服务是综合性的，但医疗服务则是其最基本和最重要的服务职能，医疗服务既是家庭医生服务的最主要内容[3]，更是家庭医生开展综合性卫生服务的重要保障[4]。具备一定的医疗服务能力是村医执业的基础，也是建设分级诊疗制度的重要基础。因此，建设一支有良好医疗服务能力的高素质村医队伍，对实现“健康中国”战略，缩小城乡居民间的健康服务差异具有重要意义。目前我国村医队伍仍存在数量不足、年龄老化、卫生服务能力不高等问题，影响农村基层卫生服务的开展。本研究通过对我国村医队伍医疗服务能力的现状进行调研，分析不同地区村医医疗服务能力的差异以及能力分布特征，探讨加强村医队伍建设、提升医疗服务能力的措施，为推动分级诊疗制度的实施提供政策依据和决策支持。

1 资料与方法

1.1 调查对象与抽样设计

课题组于 2020 年 8 月采用多阶段分层整群抽样，从中国的东、中、西部分别选取了江苏省、安徽省、河南省、甘肃省、重庆市四省一市作为调研省（市）；在

各样本省人口、经济情况均居中上和中下的 2 个地级市作为样本市；根据经济发展水平和人口规模，在每个样本市分别选取居中的 1 个市区和 1 个县（市）。最终共抽取四省一市 24 个区（县、市）。本文分析的对象是在村卫生室工作的村医，以及调查时工作地点在乡镇卫生院或社区卫生服务中心但执业资质为村医的医生，排除在村卫生室工作但不直接提供医疗服务和健康管理服务的公共卫生执业医师、护士等。本研究已通过南京医科大学伦理委员会批准[伦理审批号：南医大伦审（2020）589 号]。

1.2　调查内容与方法

本研究在样本地区卫生行政部门的协调下，通过“问卷星”平台发放在线电子问卷到村医所在微信群或个人微信，村医自行填写，调查员对回收到的问卷进行审核。共回收问卷 4 308 份，剔除本人知情同意中选择“不同意接受调查”问卷和非调查对象问卷，共回收有效问卷 3 916 份，问卷有效回收率为 90.9%。本次调查所用问卷是以课题组前期开发的“家庭医生卫生服务能力指标体系”为依据编制[5]。问卷内容包括村医的一般情况调查和岗位能力自评调查。

1.2.1　一般情况：一般情况调查包括村医的年龄、学历、执业资质等。其中执业资质分为执业医师、执业助理医师、全科医生、乡村医生、其他或无执业资质 5 类，且为多选项。分析时，执业医师和执业助理医师合并为执业（助理）医师，即按 4 类划分，若同时选择“执业（助理）医师”和乡村医生，则判定为“执业（助理）医师”；若同时选择“执业（助理）医师”和“全科医师”者，考虑到可能是加注了全科或获得了全科转岗培训合格证，判定为全科医生；若同时选择“乡村医生”和“全科医师”者，仍判定为“乡村医生”。

1.2.2　岗位能力自评：岗位能力自评包括村医的医疗服务能力、公共卫生服务能力、组织管理和服务协调、职业素养四个方面。本文重点分析村医的医疗服务能力，包括 7 个方面的基本医疗服务内容：常见病诊治、危急重症应急处置、规范用械、社区康复指导、医疗协同、医疗文书书写和中医药服务，评价开展相应服务所需的相关技能能力具备情况。本研究以自评方式评价村医的基本医疗服务能力，问题一般为“你是否具备某项能力”，选项为“是”和“否”，如果回答“是”，则判断回答问卷的村医具备此项能力。

根据课题组开发的“家庭医生卫生服务能力指标体系”制定本文的能力判断框架，共包括 7 项医疗服务内容和 15 项具体服务技能，每项具体服务技能通过询问相关具体问题来判断其掌握情况。当村医具备的评价项目数量≥ 2/3 时，则判定该村医基本具备该项具体服务能力。每项医疗服务能力具备情况的具体判断依据见表 1。对于 7 项医疗服务能力具备情况的判断，则依据村医各项服务技能具备情况，即某服务能力需要的各项技能均具备时，则判定具备相应的医疗服务能力。以常见病、多发病诊治能力为例，当村医常见病、多发病的识

表 1　村医医疗服务能力具备情况综合判定标准

Table 1　Comprehensive criteria for the assessment of health service capacity of village doctors

医疗服务内容	服务技能	评价内容	数量	技能具备判断标准
常见病、多发病诊治	常见病、多发病的识别与诊断	呼吸道感染，腹泻病，高血压，糖尿病，脑卒中，慢阻肺	6	具备≥ 4 项的评价内容为基本具备该项技能
	常用辅助检查结果解读	三大常规，B 超，X 线检查，生化检查报告，心电图检查报告	5	具备≥ 4 项的评价项目为基本具备该项技能
	规范用药	抗生素、常用感冒药、慢性病药物、急救药物	4	具备≥ 3 项的评价内容为基本具备该项技能
危急重症应急处置	心脑血管意外初步诊断和处理	心脑血管疾病评分标准掌握、心脑血管意外应急处理	2	2 项评价项目均具备则为具备该项技能
	急诊急救	手外伤、头皮外伤，犬类咬伤处理，烧烫伤，食物中毒，药物中毒，休克	6	具备≥ 4 项的评价项目为基本具备该项技能
规范用械	医疗器械的规范使用	吸氧装置、心电图、血糖仪、电子血压计	4	4 项均具备为基本具备该项技能 a
社区康复指导服务	康复功能评定	肌力分级、运动功能评定、关节活动评定	3	具备≥ 2 项的评价项目为基本具备该项技能
	康复医疗服务	常见病患者、慢性病患者、伤残患者	3	具备≥ 2 项的评价项目为基本具备该项技能
医疗文书（含电子文书）书写	处方书写	—	—	—
	病历书写	—	—	—
医疗服务协同	转诊服务	疾病转诊指征及流程掌握、下转患者管理	2	2 项评价项目均具备则为基本具备该项技能
	远程医疗服务	—	—	—
中医药服务	中医体质辨识	中医体质判定标准掌握、体质辨识	2	2 项评价项目均具备则为基本具备该项技能
	中医药保健指导	中医保健指导、中成药用药指导	2	2 项评价项目均具备则为基本具备该项技能
	中医理疗	—	—	—

注：村医技能具备判断标准根据国家卫健委联合发布的《村卫生室服务能力标准（2022 版）》要求；—表示无此项内容。

别与诊断，常用辅助检查结果解读，规范用药三项服务技能均具备时，则判定该村医具备常见病、多发病诊治能力。

1.3 数据收集及质量控制

（1）本次调研由卫生事业管理相关专业的教师与学生组成调查团队，在现场调查前，所有调查员均经过严格统一的培训，确保对问卷内容、调查流程及数据质量控制有充分理解。一名调查员负责一个样本区（县）。调查在各样本区（县）卫生行政部门的协助下开展，由当地卫健部门将问卷星二维码发送至本地基层医生工作群。（2）调查开始前通过多渠道进行宣传动员，并向调查对象详细介绍调查目的、问卷内容范围、填写方式及数据保密措施。（3）问卷采用“问卷星”平台线上匿名填写，调查对象需先签署同意知情同意书后方可填写。调查对象开始填答问卷条目前，需填写联系电话，该电话仅用于问卷质量核查。（4）问卷由调查对象独立完成，若在填写过程中出现疑问，与调查员在线上及时沟通。调查员记录线上调查期间的常见问题以优化后续调查流程。（5）问卷提交后，调查员及时对回收问卷进行复核，重点检查问卷是否存在漏项、逻辑矛盾或明显错误（如有问题未答或回答不符合逻辑）。对于发现问题的问卷，调查员会通过预留的电话号码与其沟通，协助其补充或更正问题条目。（6）无效问卷的判定标准包括：未签署知情同意书、关键问题缺失（如岗位类型填写了其他，电话核查后发现是非医生岗位，因此予以删除）、逻辑错误严重、答案明显敷衍或填写时间异常。所有无效问卷均记录剔除原因，并在数据整理阶段进行进一步审查和确认，以确保最终数据的质量和可靠性。

1.4 统计学方法

将“问卷星”收集的数据资料导入 SPSS22.0 进行统计分析。符合正态分布的数据采用（$\bar{x} \pm s$）表示，计数资料以相对数表示，组间比较采用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 村医队伍基本情况

3916 名调查对象的平均年龄为（47.9±7.8）岁，其中最小的 22 岁，年龄最大的 78 岁。从年龄组分布情况开看，45~60 岁年龄组村医人数较多，占比 60.4%，25 岁以下年轻村医仅有 3 人，占比 0.1%。调查对象的学历以高中 / 中专以下为主，占比 71.8%，大专学历占比 25.3%，本科以上仅占 2.9%。3 916 名村医中持执业（助理）医师资格证有 1 512 名（38.6%），持乡村医生资格证有 2 067 名（52.8%），持全科医生资格证有 302 名（7.7%），其他或没有任何资质的村医 35 名（0.9%）。东部、中部和西部地区村医的年龄、学历和执业资质比较，差异有统计学意义（$P<0.05$），见表 2。

2.2 医疗服务能力具备情况

2.2.1 常见病、多发病诊治能力：调查中关于常见病诊治能力包括常见病、多发病诊断识别和常用辅助检查检验结果解读能力两方面。接受调查的 3 916 名村医中具备常见病、多发病诊断识别能力有 3 816 名（97.4%），具备常用辅助检查检验结果解读能力有 3 035 名（77.5%），具备常用药规范使用能力的有 3 698 名（94.4%）。常见病、多发病诊断识别和规范用药能力各地区村医具备率均在 90.0% 以上，常用辅助检查检验结果解读能力西部地区村医具备比例仅有 61.7%。综合

表 2 调查地区村医的基本情况［名（%）］

Table 2 Comparison of basic demographics in village doctors surveyed

基本情况	东部（n=859）	中部（n=1963）	西部（n=1094）	合计（n=3916）	χ^2 值	P 值
年龄					19.605	0.003
<25 岁	0	0	3（0.3）	3（0.1）		
25~<45 岁	264（30.7）	687（35.0）	341（31.2）	1292（33.0）		
45~<60 岁	551（64.1）	1144（58.3）	672（61.4）	2 367（60.4）		
≥ 60 岁	44（5.1）	132（6.7）	78（7.1）	254（6.5）		
学历					91.795	<0.001
高中 / 中专以下	650（75.7）	1479（75.3）	684（62.5）	2 813（71.8）		
大专	171（19.9）	431（22.0）	388（35.5）	990（25.3）		
本科以上	38（4.4）	53（2.7）	22（2.0）	113（2.9）		
执业资质					187.702	<0.001
执业（助理）医师	489（56.9）	705（35.9）	318（29.1）	1512（38.6）		
全科医生	58（6.8）	177（9.0）	67（6.1）	302（7.7）		
乡村医生	306（35.6）	1 065（54.3）	696（63.6）	2 067（52.8）		
其他 / 无资质	6（0.7）	16（0.8）	13（1.2）	35（0.9）		

来看，具备常见病、多发病诊治能力的村医占 74.7%，其中中部地区村医能力具备率较高（81.2%），东部次之（79.6%），西部最低（59.1%）。东部、中部和西部地区村医常用辅助检查检验结果解读、规范用药和常见病、多发病诊治能力综合具备情况比较，差异有统计学意义（P<0.05），见表 3。

2.2.2 危急重症应急处置能力：调查中关于危急重症应急处置能力包括心脑血管意外处理和急诊急救两方面。接受调查的 3 916 名村医中具备心脑血管意外处理能力有 2 203 名（56.3%），具备急诊急救能力有 3 325 名（84.9%）。各地区村医心脑血管意外处理能力均不高，中部地区较高（64.7%），西部地区较低（42.4%）；急诊急救能力西部地区较低，仅 77.7%。具备危急重症应急处置能力的村医占 53.6%，其中中部地区村医能力具备率较高（61.6%），东部次之（52.3%），西部最低（40.1%）。东、中、西部村医心脑血管意外处理能力、急诊急救能力和两项均具备情况比较，差异均有统计学意义（P<0.05），见表 4。

表 3 东中西部村医常见病、多发病诊治能力具备情况［名（%）］
T able3 Medical competence of village doctors in diagnosis and treatment of common diseases and frequent diseases in eastern，central and western regions

组别	例数	常见病诊断识别	常用辅助检查检验结果解读	规范用药	三项均具备
东部	859	842（98.0）	709（82.5）	824（95.9）	684（79.6）
中部	1963	1915(97.6）	1651（84.1）	1879（95.7）	1594(81.2）
西部	1094	1059(96.8）	675（61.7）	995（91.0）	647（59.1）
合计	3916	3816(97.4）	3035（77.5）	3698（94.4）	2925(74.7）
χ^2 值		3.065	218.262	35.069	195.054
P 值		0.216	<0.001	<0.001	<0.001

表 4 东中西部村医危急重症应急处置能力具备情况［名（%）］
Table 4 Medical competence of village doctors in emergency treatment of critical illnesses in eastern，central and western regions

组别	例数	心脑血管意外处理	急诊急救	两项均具备
东部	859	468（54.5）	759（88.4）	449（52.3）
中部	1 963	1 271（64.7）	1 716（87.4）	1 210（61.6）
西部	1 094	464（42.4）	850（77.7）	439（40.1）
合计	3 916	2 203（56.3）	3 325（84.9）	2 098（53.6）
χ^2 值		143.809	62.025	131.462
P 值		<0.001	<0.001	<0.001

2.2.3 规范用械能力：本研究所调查村医规范使用的医疗器械包括吸氧装置、呼吸机、吸痰器、超声雾化器、心电图、心电监护仪、便携式 B 超、血糖仪、电子血压计、制氧机。根据国家卫生健康委、国家中医药局联合发布的《村卫生室服务能力标准（2022 版）》要求，本文重点分析吸氧装置、心电图、血糖仪和电子血压计这四项国家规定村卫生室应该配备的常用器械使用能力具备情况。

接受调查的 3916 名村医中能够规范使用吸氧装置的有 2 773 名（70.8%），规范使用心电图的 2 471 名（63.1%），规范使用血糖仪的 3 737 名（95.4%），规范使用电子血压计的 3 776 名（96.4%）。具备规范使用医疗器械能力的村医占 53.1%。中部地区村医医疗器械规范使用能力具备率较高（62.3%），东部次之（53.8%），西部最低（36.3%）。东、中、西部村医吸氧装置使用能力、心电图使用能力、血糖仪使用能力、电子血压计使用能力和四项均具备情况比较，差异有统计学意义（P<0.05），见表 5。

2.2.4 社区康复服务能力：调查中关于社区康复服务能力主要包括康复评定和康复指导两个方面。接受调查的 3 916 名村医中具备康复功能评定能力有 2 157 名（55.1%），具备康复医疗服务能力有 3 268 名（83.5%）。具备社区康复服务能力的村医占 52.9%，其中中部地区村医能力具备比例较高（59.7%），东部次之（53.6%），西部最低（40.3%）。东、中、西部村医康复功能评定能力、康复医疗服务能力和两项均具备情况比较，差异均有统计学意义（P<0.05），见表 6。

表 5 东中西部村医医疗器械规范使用能力具备情况［名（%）］
Table 5 Medical competence of village doctors in regulating the use of medical devices in eastern，central and western regions

组别	例数	吸氧装置	心电图	血糖仪	电子血压计	四项均具备
东部	859	661（76.9）	512（59.6）	822（95.7）	825（96.0）	462（53.8）
中部	1 963	1 462（74.5）	1 482（75.5）	1 894（96.5）	1 917(97.7）	1 222（62.3）
西部	1 094	650（59.4）	477（43.6）	1 021（93.3）	1 034(94.5）	397（36.3）
合计	3 916	2 773（70.8）	2 471（63.1）	3 737（95.4）	3 776(96.4）	2 081（53.1）
χ^2 值		97.173	312.705	16.234	20.575	190.344
P 值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 6 东中西部村医社区康复服务能力具备情况［名（%）］
Table 6 Medical competence of village doctors in community-based rehabilitation services in eastern，central and western regions

组别	例数	康复功能评定	康复医疗服务	两项均具备
东部	859	478（55.6）	729（84.9）	460（53.6）
中部	1 963	1 219（62.1）	1 690（86.1）	1 172（59.7）
西部	1 094	460（42.0）	849（77.6）	441（40.3）
合计	3 916	2 157（55.1）	3 268（83.5）	2 073（52.9）
χ^2 值		114.297	38.239	106.220
P 值		<0.001	<0.001	<0.001

2.2.5 医疗文书书写能力：调查中医疗文书书写能力包括处方书写和病历书写两方面。我国村医医疗文书书写能力具备情况较好，接受调查的 3 916 名村医中具备处方书写能力的有 3 724 名（95.1%），具备病历书写

能力的有 3 166 名（80.8%）。具备医疗文书书写能力的村医占 79.7%，其中中部地区村医能力具备比例较高（82.6%），东部次之（82.0%），西部最低（72.7%）。东、中、西部村医处方书写能力、病历书写能力和两项均具备情况比较，差异均有统计学意义（P<0.05），见表 7。

2.2.6 医疗服务协同能力：调查中医疗服务协同能力包括转诊服务和远程医疗服务两方面。接受调查的 3 916 名村医中具备转诊服务能力的有 3 381 名（86.3%），具备远程医疗服务能力的有 2 311 名（59.0%）。具备医疗服务协同能力的村医占 55.9%，其中中部地区村医能力具备比例较高（61.0%），东部次之（57.9%），西部最低（45.3%）。东、中、西部村医转诊服务能力、远程医疗服务能力和两项均具备情况比较，差异均有统计学意义（P<0.05），见表 8。

表 7 我国东中西部村医医疗文书书写能力具备情况［名（%）］
Table 7 Medical competence of village doctors in medical writing skills in eastern，central and western regions

组别	例数	处方书写	病历书写	两项均具备
东部	859	829（96.5）	709（82.5）	704（82.0）
中部	1 963	1 879（95.7）	1 643（83.7）	1 621（82.6）
西部	1 094	1 016（92.9）	814（74.4）	795（72.7）
合计	3 916	3 724（95.1）	3 166（80.8）	3 120（79.7）
χ^2 值		16.939	41.206	46.128
P 值		<0.001	<0.001	<0.001

表 8 我国东中西部村医医疗服务协同能力具备情况［名（%）］
Table 8 Medical competence of village doctors in medical service coordination in eastern，central and western regions

组别	例数	转诊服务	远程医疗服务	两项均具备
东部	859	741（86.3）	530（61.7）	497（57.9）
中部	1 963	1 777（90.5）	1 239（63.1）	1 197（61.0）
西部	1 094	863（78.9）	542（49.5）	496（45.3）
合计	3 916	3 381（86.3）	2 311（59.0）	2 190（55.9）
χ^2 值		80.696	56.800	71.381
P 值		<0.001	<0.001	<0.001

2.2.7 中医药服务能力：中医药服务能力包括中医体质辨识、中医药保健指导和中医理疗技术 3 个方面。接受调查的 3 916 名村医中具备中医体质辨识能力的有 3 264 名（83.4%），具备中医药保健指导能力的有 3 224 名（82.3%），具备中医理疗技术能力的有 2 781 名（71.0%）。具备中医药服务能力的村医占 62.4%，其中西部地区村医能力具备比例较高（64.8%），中部次之（62.7%），东部最低（58.7%）。东、中、西部村医中医体质辨识能力、中医药保健指导能力、中医理疗技术能力和三项均具备情况比较，差异有统计学意义（P<0.05），见表 9。

表 9 我国东中西部村医中医药服务能力具备情况［名（%）］
Table 9 Medical competence of village doctors in traditional Chinese medicine services in eastern，central and western regions

组别	例数	中医体质辨识	中医药保健指导	中医理疗技术	三项均具备
东部	859	694（80.8）	693（80.7）	583（67.9）	504（58.7）
中部	1 963	1 687（85.9）	1 617（82.4）	1 349（68.7）	1 230（62.7）
西部	1 094	883（80.7）	914（83.5）	849（77.6）	709（64.8）
合计	3 916	3 264（83.4）	3 224（82.3）	2 781（71.0）	2 443（62.4）
χ^2 值		19.021	2.732	32.229	7.844
P 值		<0.001	0.255	<0.001	0.020

3 讨论

3.1 村医医疗服务技能具备较好，基本满足村民一般医疗服务需求

调查结果发现，基于目前的职责要求，大部分村医认为可以担负起基本医疗的职责，在 15 项服务技能评价指标中，有 9 项自评具备率在 80% 以上。一方面由于政策明确做出了要求，另一方面也是由于这些服务是居民对基层医疗服务最主要的需求，村医处理的经验较充足，所以相应的具备率较高。在常见病诊治能力方面，能准确诊断和识别常见病的比例达到了 97.4%，具备常见检查结果解读能力的比例为 77.5%，而常用药应用能力具备的比例则达到了 94.4%。危急重症应急处置、康复指导、中医药服务等方面的能力也达到了一定的水平。研究认为，在多数情况下，村医能够就农村居民的常见健康问题进行初步评估，并采取正确的处置措施。尽管村医的服务水平仍有提升的空间，但总体而言，其服务能力基本满足了农村居民的健康需求，能够承担起农村地区医疗服务的首诊职责。

3.2 村医医疗服务综合处置能力有待加强

危机重症应急处置方面，村医急救需要和经验较少，处理能力也相对不足，遇见危急的疾病也会选择简单处理后直接转诊到上级机构，所以相应的各地村医在危急重症应急处置方面的能力需要较低，能力具备率也较低，仅占 53.6%。村医能处理较为简单的外伤急救（84.9%），但情况较为严重的心脑血管意外的处理水平明显不足（56.3%）。

规范使用医疗器械方面，根据国家出台的《村卫生室服务能力标准（2022 版）》相关要求，村卫生室应该配备吸氧装置、心电图机、血糖仪、电子血压计等器械设备，并对相应指标进行设档分层。电子血压计、血糖仪属于 C 档，即合格的村卫生室应该配备的设备；吸氧装置属于 B 档，即良好的村卫生室应该配备的；心电图属于 A 档，即优秀的村卫生室应该配备的。调查发现血糖仪和血压计的规范使用能力均在 95.0% 以上，说明大部分村医能够规范使用最基础的医疗器械。而心电

图机和吸氧装置的规范使用能力较低，可能因为所在的村卫生室没有达到相应等级，没有配备相应设备，造成村医无法在日常诊疗中使用和学习；另一方面农村居民要进行相关医学检查一般前往乡镇卫生院就诊，村医使用相关器械机会较少，能力无法得到提升，同时也限制了常用辅助检查结果解读能力的培养。

而社区康复、医疗协同和中医药服务的具备率较低，尤其是社区康复服务技能中的康复功能评定、医疗协同服务技能中的远程医疗服务以及中医药服务技能中的中医理疗技术水平均较低，可能是由于这些技能专业性较强，技术难度较大。村医对远程医疗信息系统的操作运用还不熟练，习惯于传统医疗服务模式、对现代技术掌握不足从而导致能力具备率较低。

3.3 村医医疗服务能力地区分布差异显著，西部地区有待提高

村医作为守护农村居民健康的第一线，其服务能力水平直接影响分级诊疗在农村地区推行的效果[6]。研究发现，除了中医药服务能力，其他六项医疗服务能力均是西部地区村医具备率最低。而从村医学历结构看，西部地区村医大专及以上人员的比例是最高的。这可能因为西部地区在深化医改以来，基层卫生队伍建设取得了一些成效，人员有所增加，素质有所提升，但卫生服务能力仍然处于较低水平，执业（助理）医生和全科医生占比 35.2%，均低于全国平均水平。这可能提示西部地区的村医培训和能力提升工作还需要进一步加强。西部山区多，工作条件艰苦，许多行政村仅配有 1~2 名村医，需要承担着广大农村居民预防、保健、接诊一般疾病等工作[7]，同时医学院校毕业生更倾向于前往经济发达、晋升机会多且自我提升较快的地区发展，西部农村地区工作环境相对较差，晋升空间有限，待遇较差，导致人才流失状况较为严重，补充更是困难，西部地区部分发展缓慢[8]，村医岗位对人才的吸引力更弱。这些可能是西部地区村医卫生服务能力不足的原因。

4 建议

4.1 加大村医培养力度，提高队伍学历层次

村级卫生人员是为农村居民提供基本卫生服务的“第一接触点”，是农村居民的健康守门人，需要具备良好的全科医学知识和能力。然而调查发现，我国具备全科医生资格的村医较少，大部分村医缺乏系统的全科思想。村医作为农村居民的“全科医生”，其能力水平远远达不到全科医生的要求，因此要加强对农村基层卫生人才培养的重视。政府应该增加村医的继续教育和培训机会[9]，定期召开培训班，鼓励村医参加学习，及时更新知识体系，帮助其在学习和工作过程中建立全科医疗的思维[10]。针对西部村医力量薄弱的地区，为防止出现“青黄不接”的现象，应大力推进大学生村医工程，与医学院校合作开展多种方式引导，提供下基层锻炼、实践渠道。采用定点招生、定向培养和定向就业等方式，尽量招收农村地区生源，免费培养全科医生，造就扎根农村、服务农民的乡村医生[11]。在取得相应资质证书及考核合格后，指派到相应的村卫生室工作；同时需要注意强化双方违约责任，规定最短服务期限，从而保障农村卫生人才储备措施的落实。

4.2 完善村医培训体系，提高村医综合素质

尽管各地均制订了村医培训计划，但由于绝大部分村卫生室无替换人员，村医培训时间不灵活，实际培训效果甚微。因此需要根据村医实际情况，制定科学合理的培训体系，要针对短板，夯实医疗服务的基础。根据调查结果，需要加强村医在常规医疗器械使用、社区康复、医疗协同服务、中医理疗技术等技能方面的培训，加强对心脑血管疾病评分标准、康复功能评定、检查检验结果解读等基础性理论知识的培训，在形成系统化的理论知识的基础上，应更注重实践技能的培训。例如可以依托县级医疗卫生机构或乡镇卫生院，对村卫生室人员进行中医药适宜技术培训，将理论知识与实践技能相结合，着力提升村医在中医药服务方面的专业能力[12]，以满足农村居民多样化的卫生服务需求。采用灵活的培训方式，根据村医实际水平，由上级医院医师进行点对点指导，对于业务素质较高的村医，可以开展短期脱产培训，强化其临床实践和社区康复等技能[13]。同时，借助互联网资源提供远程指导，切实提升村医的理论知识水平。在此基础上，鼓励村医参与学历培训和执业考试，实现乡村医生向全科执业助理医师的职业演进，逐步建立一支高素质、适应需求的乡村医生队伍。

4.3 完善医疗服务硬件设施建设与信息化建设

完善的医疗设备有利于提升村医服务能力。调查显示我国村医医疗器械规范使用能力的分布不均，一定程度上与机构卫生设备短缺有关。尤其是西部农村地区，村卫生室检查设备缺少，医疗设备不足且陈旧，导致检查、治疗功能开展不全面，部分乡村医生仅能简单测量血压、血糖等。因此在卫生资源投入方面要推进农村基层医疗卫生机构提档升级，尤其注重西部地区卫生设备设施配置的落实，以及专业器械的操作指导[14]。在推动其硬件配备的各项条件优化的同时，完善医疗服务信息化建设，增加医疗服务的可及性和便利性，提高医疗服务质量和效率。发挥好远程医疗的作用，促进优质医疗资源共享，远程教育是对偏远地区村医进行培训教育的重要手段[15]，一定程度上缓解村医医疗能力不足和人员短缺等问题。线上线下培训学习相结合，及时更新村医的服务技术及理念，推动农村地区基层首诊的有效落实。

5 小结

村医是我国农村居民健康的“守门人”，在基层医疗服务体系中发挥重要作用。本研究通过对东、中、西部地区村医医疗服务能力的调查，分析了村医在常见病诊治、危急重症应急处置等方面的现状与区域差异。结果显示，村医医疗服务技能具备较好，基本满足村民一般医疗服务需求，但在危急重症处理、医疗器械操作及中医理疗技术等方面仍存在不足，特别是西部地区村医综合能力较低，区域差异显著。此外，村医队伍普遍面临学历偏低、年龄结构老化等问题，特别是西部地区医疗资源短缺和人才流失现象尤为突出。针对上述问题，本研究认为要提升基层卫生服务岗位吸引力，稳定基层医疗队伍，提高基层医生医疗服务能力；加强村医培训，优化内容与形式，提升急救技能和中医药服务能力；完善硬件设施和信息化建设，促进医疗资源均等化。但本文也存在不足之处，数据主要来源于村医自评，可能存在主观偏差。未来研究需结合患者视角开展更深入的探讨，为基层医疗服务能力提升提供更全面的支持。

作者贡献：李思清进行文章的构思与设计、文献/资料整理，撰写论文；谢坤、高淑红、陈家应进行论文修订；王萱萱、张朝阳对文章整体负责，监督管理。

本文无利益冲突。

李思清 https://orcid.org/ 0009-0003-8623-8772

王萱萱 https://orcid.org/ 0000-0002-8678-4066

参考文献

[1] 中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法（2019 年 12 月 28 日第十三届全国人民代表大会常务委员会第十五次会议通过）［EB/OL］.（2019-12-29）［2023-09-04］. http://www.gov.cn/xinwen/2019-12/29/content_5464861.htm.

[2] 李耀华，赵金香. 健康中国视域下乡村医生队伍现状与建设策略［J］. 中国农村卫生，2020，12（15）：11-15. DOI：10.3969/j.issn.1674-361X.2020.15.004.

[3] 钟澜. 社区基本医疗分级服务管理模式研究［J］. 中国全科医学，2014，17（16）：1832-18，1836. DOI：10.3969/j.issn.1007-957.2014.16.007.

[4] 沈郁淇，陈作森，王金萍，等. 供方视角下家庭医生签约服务激励机制分析［J］. 中国公共卫生，2019，35（4）：423-426. DOI：10.11847/zgggws1122971.

[5] 练璐，李心怡，邹慕蓉，等. 应用改良德尔菲法构建我国家庭医生卫生服务能力指标体系［J］. 中国卫生资源，2021，24（4）：448-45. DOI：10.13688/j.cnki.chr.2021.200914.

[6] 张广东. 豫东南地区乡村医生队伍建设中存在的问题及对策［J］. 中国卫生法制，2017，25（6）：65-68. DOI：10.19752/j.cnki.1004-6607.2017.06.016.

[7] 王丹，张冀东，孙贵香，等. 我国乡村医生发展现状及思考［J］. 中国农村卫生事业管理，20，42（3）：190-194. DOI：10.19955/j.cnki.1005-5916.20.0.008.

[8] 邓蒙，骆宣良，黄丹琪，等. 2015—2019 年我国西部地区基层卫生人力资源配置情况分析［J］. 广西医学，20，44（3）：319-324. DOI：10.11675/j.issn.0253-4304.20.0.17.

[9] 刘金红，钟锭，孙婉钧，等. 新医改形势下乡村医生队伍建设的困境与出路——以长沙地区为例［J］. 中国初级卫生保健，2019，33（2）：28-30. DOI：10.3969/j.issn.1001-568X.2019.0.0010.

[10] 沙奇科，王小合. 共同富裕背景下乡村医生队伍建设存在问题与对策——以浙江省余姚市为例［J］. 中国农村卫生事业管理，20，42（9）：632-635. DOI：10.19955/j.cnki.1005-5916.20.09.005.

[11] 张婷，何克春. 新医改背景下宜都市村卫生室及乡村医生生存现状及政策建议［J］. 中国卫生经济，2016，35（8）：22-24. DOI：10.7664/CHE20160805.

[12] 朱于斌. 多举措推进中医药特色村卫生室创建工作［J］. 人口与健康，2022（4）：79.

[13] 王小万，刘丽杭. 论“互联网 +”技术与现代医疗卫生服务［J］. 人民论坛·学术前沿，2017（24）：15-. DOI：10.16619/j.cnki.rmltxsqy.2017.24.00.

[14] 杨健希鹏，纪志耿，黄婧. 新时期农村医疗卫生体系补短板强弱项研究［J］. 中国农村卫生事业管理，20，43（10）：686-69. DOI：10.19955/j.cnki.1005-5916.20.10.001.

[15] 潘锋. 提升基层医疗服务能力，满足群众就近就医需求［J］. 中国医药导报，20，20（7）：4-6.

（收稿日期：2024-04-10；修回日期：2024-12-29）

（本文编辑：王世越）